

## 麻しん・修飾麻しん症例 基本情報・臨床情報調査票

## 基本情報\*

ID \_\_\_\_\_

1	調査担当保健所名： 調査日時： 年 月 日 時	調査者氏名： 調査方法： <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他( )
2	調査回答者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外→氏名( ) 本人との関係( ) 調査回答者連絡先：自宅電話： - - 携帯電話： - -	
3	診断分類： 1) 麻しん(検査診断例) 2) 麻しん(臨床診断例) 3) 修飾麻しん(検査診断例)	
4	NESID登録ID：	5 患者居住地保健所：
6	届出医療機関名：	7 届出医療機関主治医名：
8	届出医療機関所在地：	9 届出医療機関電話番号： - -
10	届出受理日時： 年 月 日	11 届出受理自治体：
12	届出受理保健所：	13 届出受理担当者：
14	初診年月日： 年 月 日	15 診断年月日： 年 月 日
16	感染推定日： 年 月 日	17 発病年月日： 年 月 日
18	発熱出現日： 年 月 日	19 発疹出現日： 年 月 日

※3～19は発生届出票等より転記(4はNESIDへの登録後に記入)

20	患者氏名：	21	性別： 男・女	22	生年月日： 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
23	患者住所：				
24	患者電話番号： 自宅： - -	携帯： - -			
25	届出受理日現在の患者の主たる所在場所 <input type="checkbox"/> 医療機関に入院中 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先・学校に通勤・通学中 <input type="checkbox"/> その所在地電話番号：				
26	職業・業種・学校(幼稚園・保育所等を含む)： 最終勤務・出席(勤)日( 年 月 日) (児童・生徒の場合所属クラス・クラブ等詳細に記入すること) 勤務先/学校名： 勤務先/学校所在地： 勤務先/学校電話番号： - -				
27	本人以外(保護者等)の連絡先 氏名： 本人との関係： 住所： 自宅： - - 携帯： - -				

臨床経過等

28	症状	※必要に応じ時間や午前・午後等も記入														
	月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	備考
	37.5度以上の発熱	有・無														最高体温 度 ( 月 日)
	咳嗽	有・無														
	鼻汁	有・無														
	結膜充血	有・無														
	コプリック斑	有・無														
	発疹	頭部	有・無													
		体幹部	有・無													
		四肢	有・無													
	色素沈着	有・無														
	その他 ( )	有・無														
	その他 ( )	有・無														
	入院	有・無														
	備考 ( )															
	備考 ( )															
29	発病年月日時間(聞き取り調査による) 年 月 日 午前・午後 時 頃 ※発病は「発熱」初発日とする。修飾麻しんの場合は、症状が出現した日とする。															
30	診断までの経過・基礎疾患・特記事項等															
31	合併症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名; 診断日 年 月 日) (肺炎・中耳炎・心筋炎・クループ・脳炎等) (診断名; 診断日 年 月 日)															
32	入院: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 入院医療機関名: 診療科名: 主治医名: 入院医療機関所在地: 電話: 入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日 死亡日: 年 月 日															
33	転帰: 外来治療で回復・入院治療で回復・後遺症あり*・死亡*・麻しんを否定(下記診断名記入) * 後遺症・死亡に関する具体的情報(状態・診断名、死因など) 最終診断名(麻しん否定時)															
34	麻しん罹患歴(母子健康手帳等の記録による確認が望ましい) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ➤ 年齢: 歳、診断日: 年 月 日、医療機関名 検査診断の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 母子健康手帳等による確認: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし															
35	麻しん含有ワクチン接種歴(母子健康手帳等の記録による確認が望ましい) 1回目 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明、 ➤ ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 年齢( 歳) 接種年月日( 年 月 日・不明) 製造会社 / Lot番号( / ・不明) 母子健康手帳等による確認: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 2回目 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明、 ➤ ワクチンの種類(麻しん単抗原・MR・MMR・不明) 年齢( 歳) 接種年月日( 年 月 日・不明) 製造会社 / Lot番号( / ・不明) 母子健康手帳等による確認: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし															

麻しん特異的検査結果

		検体材料	検体採取日	結果	結果判定日	検査実施施設
36	ウイルス遺伝子検査	咽頭拭い液	年 月 日		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 実施 (PCR)	血液	年 月 日		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 未実施	尿	年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
37	ウイルス分離同定	咽頭拭い液	年 月 日		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 実施	血液	年 月 日		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 未実施	尿	年 月 日		年 月 日	
			年 月 日		年 月 日	
		検査の種類・方法	検体採取日	抗体価・判定結果		検査実施施設
38	血清抗体検査 EIA法 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	IgM	年 月 日			
			年 月 日			
		IgG	年 月 日			
			年 月 日			
39	血清抗体検査 PA、NT、HI法等 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施	PA	年 月 日			
			年 月 日			
		NT	年 月 日			
			年 月 日			
HI	年 月 日					
	年 月 日					
		検査法	検体採取日	結果		
40	追加・その他		年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
麻しんが否定された場合の、麻しん以外の病原体検査結果 (風しんウイルス、 ヒトパルボウイルスB19、 HHV-6、 HHV-7、 デングウイルス等)						
41	病原体名	検査種類 (検体名)	検体採取日	結果		
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
自由記載欄						